

**С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина
Университеті**

№2 балалар аурулары кафедрасы

**Жүректің жүре пайда болған ақаулары
(Студенттің өзіндік жұмысы)**

Орындаған **Накипбеков К7**
Калтаев Галым

023-2жм

Тексерген **Баймуратова А.Д**

Алматы 2011

жоспары

- Кіріспе

- 1. ЖПБЖА
- 2. жіктелуі

- Негізгі бөлім

- 1. *екіжармалы қақпақшаның тарылуы*
 - 1.1. этиологиясы
 - 1.2. гемодинамикасының өзгерісі
 - 1.3. клиникалық көрінісі
 - 1.4 . Зерттеу әдістері
- 2. *екіжармалы қақпақшаның жетіспеушілігі*
 - 2.1. этиологиясы
 - 2.2. гемодинамикасының өзгерісі
 - 2.3. клиникалық көрінісі
 - 2.4 . Зерттеу әдістері
- 3. *Аорта сағасының тарылуы*
 - 3.1. этиологиясы
 - 3.2. гемодинамикасының өзгерісі
 - 3.3. клиникалық көрінісі
 - 3.4 . Зерттеу әдістері
- 4. *қолқа қақпақшасының жетіспеушілігі*
 - 4.1. этиологиясы
 - 4.2. гемодинамикасының өзгерісі
 - 4.3. клиникалық көрінісі
 - 4.4 . Зерттеу әдістері
- 5. емдеу тәсілдері

- Қорытынды

- Қолданылған әдебиеттер

**Жүре пайда болған жүрек ақаулары-
жедел немесе созылмалы
аурудардың, жарақаттардың әсерінен
қақпақшалар аппаратының (қақпа
қабырғасы, фиброзды сақина, хорд,
папиллярлы б/ет) морфологиялық
және функциональді бұзылысы,
сонымен қатар жүрек ішілік
гемодинамиканың бұзылысы.**

Жіктелуі

- 1. жүректің зақымдалған жеріне (локализациясы) байланысты:

- Моноқақпақшалық ақау (бір қақпақша зақымдалған)
- Екі жармалы
- аортальді
- үшжармалы

- Қосарланған ақау (екі қақпақшадан жоғары)
- ❖ Екі қақпақшалы ақау:
 - екіжармалы-аортальді ақау
 - Аорталы-екіжармалы ақау
 - Екі жармалы-үшжармалы ақау
 - Аортально-трикуспидальный ақау
- ❖ Үшқақпақшалық ақау:
 - Аортальді- екі жармалы-үшжармалы ақау
 - екіжармалы-аортальді- үшжармалы ақау

Жіктелуі

- Қызметтік пішіні бойынша:
- Қарапайым
 - стеноз
 - жетіспеушілік
- Біріккен – стеноз және жетіспеушілік бірнеше қақпақшаларда
- Қосарланған- стеноз және жетіспеушілік тек бір қақпақшада.

- Этиологиясы бойынша:
- атеросклероздық
- ревматикалық
- эндокардит (бактерия және т.б)

- Ақаудың айқындық, жүрек ішілік гемодинамиканың бұзылысы бойынша дәрежесі бойынша:
- гемодинамикалық бұзылыссыз,
- аз дәрежедеегі бұзылыс
- айқын бұзылыс

- Жалпы гемодинамиканың бұзылысы бойынша:
- субкомпенсацияланған
- компенсацияланған
- декомпенсацияланған

Қақпақшалардың жетіспеушілігі- қақпақшалардың қақпасының мүкістігі. Қақпақшалардың жиырылуының, қысқаруының, перфорациясының, фиброзды сақинасының кеңеюінің, папиллярлы бұлшықеттің деформациясының салдарынан дамиды

Қақпақшалар саңылауының тарылуы- қақпалардың тығыз қатайып өсуі.

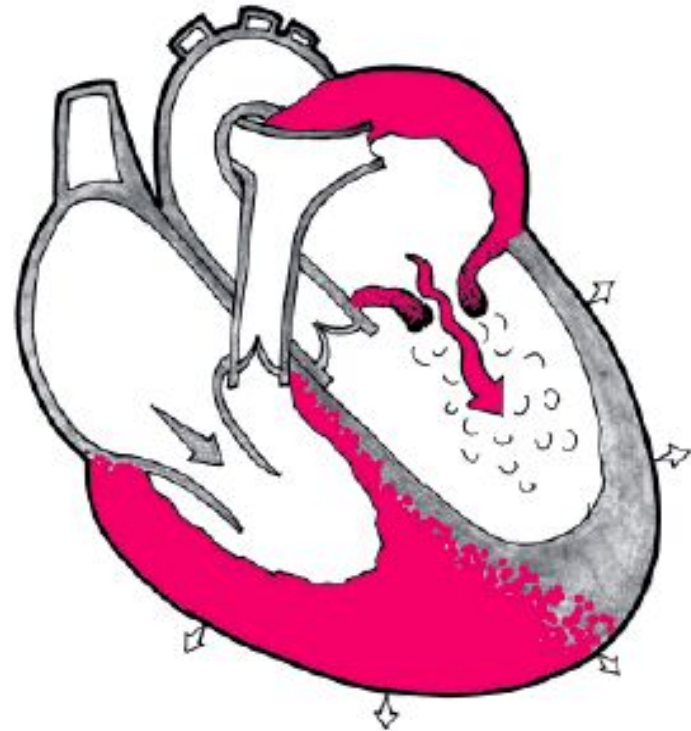
Барлық ақаулардың 50%- екі жармалы қақпақшалардың есебінде;

10-20 % аортальді қақпақша есебінде, 10-20 % үшжармалы қақпақшада кездеседі..

Атриовентрикулярлы саңылаудың (екі жармалы қақпақша)тарылуы

-митральді қақпақшаның стенозы - сол жақ атриовентрикулярлы саңылаудың тарылуы, нәтижесінде сол жақ жүрекшенің босаңсуы қиындайды, сол жақ қарынша мен сол жақ жүрекшенің арасындағы диастоликалық қысым градиенті үлкейеді.

1 сурет . митральді стеноз. Сызбанұсқа. Диастола кезігдегі сол жақ жүрекшеден сол жақ қарыншаға аққан туобулентті қан ағымы. Сол жүрекше және оң қарыншаның гипертрофиясы.



Этиология

- ▣ Ревматикалық эндокардит
- ▣ Инфекциялық эндокардит
- ▣ Атеросклероз (екі жармалық қақпақшаның фиброзы, кальцинозы)

Гемодинамикадағы өзгерістер

Тікелей атриовентрикулярлы саңылаудың тарылу дәрежесіне байланысты. Келесідей өзгерістер қарастырылады:

▣ *Сол жақ жүрекшенің гипертрофиясы, дилатациясы-*

Қалыпты жағдайд жүрекше –қарыншалық саңылау 4-6 см², оның 4 см² қа және одан төмен мөлшерге дейін тарылуы салдарынан СҚ –дан СЖ ге аққан диастолалық қан ағысына кедергі туындайды (кейде “алғашқы барьер” д.а), бұл тосқауыл тек СЖдегі үлкен қысым арқылы жойылады. Мәселен, егер саңылау ауданы 1-1,5 см² қа дейін кішірейсе, СЖ дегі қысым 25-30 мм с.б.б өсуі тиіс (қ.ж 5-7 мм с.б.б). СҚ қысымның өсуіне байланысты гипертрофия және дилатация болады.

Гемодинамикадағы өзгерістер

Өкпе гипертензиясы

- Кіші қанайналым жүйесінде қан іркілісі, өкпе артериясында қан қысымының жоғарылауы. Өкпе гипертензиясының 2 түрі бар:
 - 1. Веноздық (пассивті) гипертензия- СЖ қысымның жоғарылауы (20-25 ммсбб дейін) кіші қан айналым шеңберіндегі венозды қан ағуды қиындатады. Нәтижесінде венозды тамырлар қанмен байытылады- өкпеде қан іркілісі пайда болды. Өкпе веналарындағы жоғарыға қан қысымы гидравликалық түрде капиллярлар арқылы өкпе артериясына беріледі, нәтижесінде венозды немесе пассивті гипертензия дамиды.
 - 2. Артериялық (“активті”) гипертензия- жүрекше-қарыншалық саңылаудың айқын дәрежедегі тарылуының салдарынын СЖ қысым 35 мм сбб артық көтерілсе, өкпе капиллярларының жыртылуына немесе альвеолярлы өкпе ісінуіне алып келеді, осы асқынулары болдырмас үшін рефлексорлы түрде өкпе артериолаларының спазмы болады (Китаев рефлексі), нәтижесінде ОҚ-дан өкпе капиллярларына келетін қан мөлшері азаяды,сонымен қатар бір уақытта өкпе артерияларларында қысым дереу көтеріледі, яғни артериялық немесе активті гипертензия дамиды.
- Ұзақ уақыт сақталған өкпе гипертензиясы бара бара өкпе артериола қабырғасында пролиферативті үрдісті шақырады, нәтижесінде кіші қанайналым шеңберіндегі қан тамырлары облитерацияға ұшырайды. Осындай өзгерістер ақауға хирургиялық түзетулер жүргізген жағдайдың өзінде тұрақты өкпе гипертензиясын шақырады. Дәл осы өзгерістерді “екіншілік тосқауыл ” д.а.

Гемодинамикадағы өзгерістер

▣ Оң жақ жүрекшенің гипертрофиясы және дилатациясы.

Өкпелік гипертензияның және ОҚ шамадан тыс қызмет жасауының, қарсыласуының, нәтижесінде туындайды. ОҚ диастолалық және систолалық қысым көтеріледі.

Митральді стеноздың соңғы сатыларында ОҚ жетіспеушілігі туындайды, бір уақытта үлкен және кіші қанайналымында іркіліс пайда болады.

Фиксацияланған соққылық көлем

Физикалық ,психикалық жүктеме кезінде соққы көлемнің (ударный объем) үлкеймеуі.

- ❖ Жүрекшелердің фибриляциясы, жыпылықтауы*
- ❖ Жүрекішілік тромбтар,тромбоэмболия*
- ❖ Үшжармалы қақпақшаның салыстырмалы жетіспеушілігі*
- ❖ Өкпе артериясының салыстырмалы жетіспеушілігі.*

Клиникалық көрінісі

- Клиникалық көріністері саңылаудың тарылу дәрежесіне байланысты:
- *Жеңіл жәрежесі- саңылау ауданы 2,0-4,0 см 2*
- *Орташа- 1,0-2,0 см 2*
- *Ауыр- 1,0 см 2 дейін.*

Шағымдары

1. Ентігу – алғашқы берлгілерінің бірі, кіші қан айналым шеңберіндегі қан іркілісінің, өкпе гипертензиясының салдарынан дамиды, алғашында физикалық, психикалық, сексуалды жүктемелер кезінде дамыса, кейіннен тыныштық жағдайда болады.
2. мәжбүрлі қалып (артопноэ)-ентігудің салдарынан.
3. Құрғақ жөтел- уөбіне науқас горизонтальді қалыпта жатқан кезде болады, себебі осы кезде жүректің оң жақ бөліктеріне қан көп мөлшерде түседі де, кіші қан айналым шеңбері сәйкесінше қанға толады, іркіледі.
4. Тұншығу ұстамалары- интерстициональді (жүрек астмасы) немесе альвеолярлы өкпе ісінуінің салдары ретінде дамиды. Жүрек астмасы (пароксизмальді түнгі ентігу)- түнгі уақыттарды, науқас горизонтальді қалыпта болған кезде дамиды. Демала алмаушылық сезімі туындайды, науқас мәжбүрлі қалыпта отырады, артына үлкен жастық жастанып ұйықтайды.

5. Қан түкіру- қақырығында қан ұйындылары анықталады. Кіші қан айналу шеңберінде қан іркілісі және өкпелік венозды гипертензия әсерінен бронх-өкпелік анастомоздардың жарылуының нәтижесінде дамиды. Сонымен қатар қан түкірудің себептеріне: альвеолярлы ісіну (бұл кезде, капилляршілік қысымның жоғары болуының салдарынан, плазма альвеола ішіен өтеді, әсіресе терең, қатты дем алған кезде өршиді, соныңда тыныс жетсіпеушілігі дамиды.), өкпе артерияларының тромбоэмболиясы, өкпе инфаркті.

Альвеолярлы ісіну кезінде қақырық ашық қызылт түсте болады.

6. әлсіздік, шаршағыштық- жүктеме кезінде, кейіннен тыныштық жағдайда. Екі себептермен шақырылады:

1). Фиксацияланған жүректік шығарылым, яғни жүктемелер кезінде соққы көлемі (ударный объем) адекватты түрде ұлғаймайды.

2). Шеткері тендердің және қаңқа б/еттерінің перфузиясының бұзылысы, перифериялық қанайналымның бұзылысы нәтижесінде дамиды (вазоконстрикторлы эндотелий факторы).

7. жүрек тұсындағы ауру сезімі- физикалық жүктемеге байланыссыз дамиды. Ауру сезімінің сипаттамасы- басып, сыздап, ұзақ уақыт сақталады. Кейде кенеттен шаншып, ұстамалы түрде ауырады, бұл кезде стенокардия ұстамаларымен ажырату диагностикасын жасаймыз, әдетте нитроглицеринді сынама.

8. диспепсия, оң қабырға асты ауру сезімі, перифериялық ісінулер.

Қарап тексеру.

Дене бітімі: астеник, физикалық дамуы кешеуілдеген, әлсіз, нәзік(*habitus gracilis*). Көп жағдайда баланың дене бітімі ақау пайда болған кездегі жасына сәйкес қалып кетеді , де өз жасынан жас көрінеді, «физикалық инфантилизм»(А.С. Мясников).

Цианоз- перифериялық (acroцианоз), беттік.

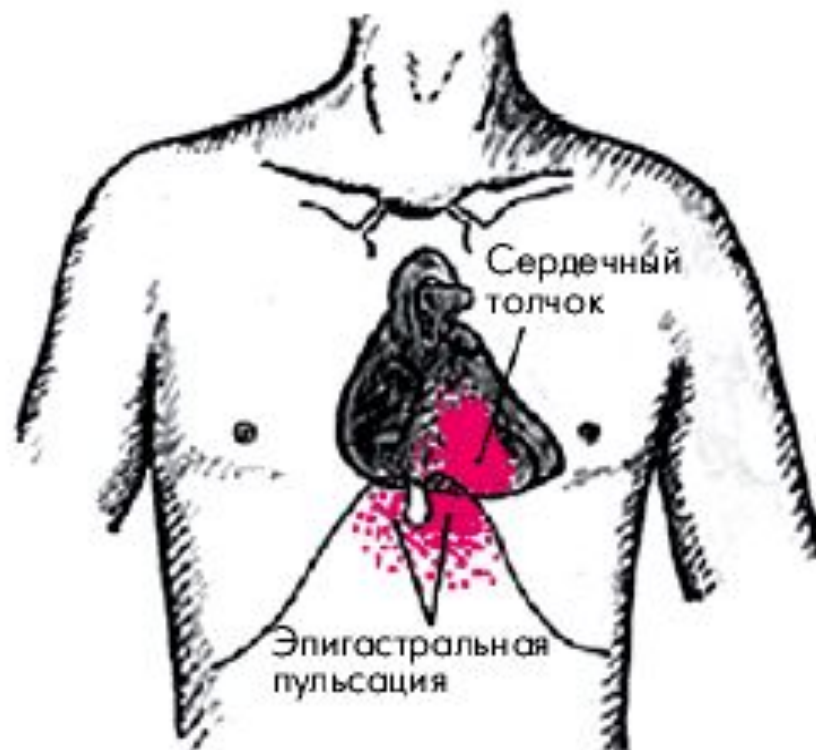
Ерні, құлақ ұшы, саусақтары, мұрын ұшы көгереді. Жиі жағдайда “*facies mitralis*» , Яғни, ерні, мұрны, құлақ ұшы көк. “митральді көбелек”- яғни, бетінде көгілдір румянец пайда болады.

Ісіну- егер ОҚ жетіспеушілігі қосылса, үлкен қан айналым шеңберіндегі қан іркілісі нәтижесінде аяқта, белде, бетте ісіну болады.

Мәжбүрлі қалып- жартылай отырған кейіпте.

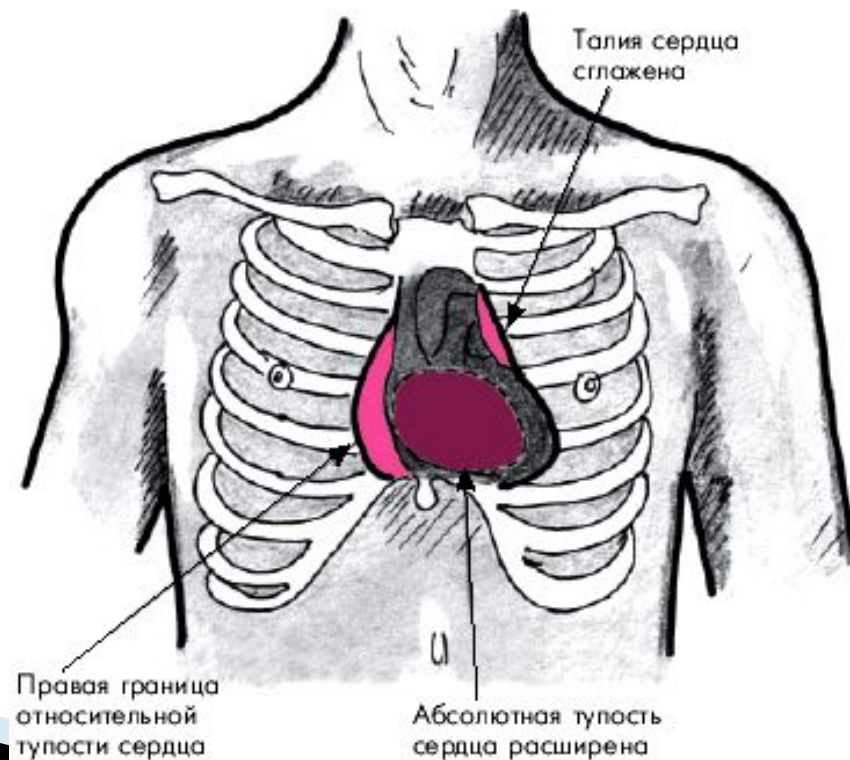
Жүрек пальпациясы.

- Қатты, шашыраңқы жүрек түрткісінің орналасуы, эпигастральді пульсация анықталады
- Мысық пырылы
- Жүректің дөңестенуі.



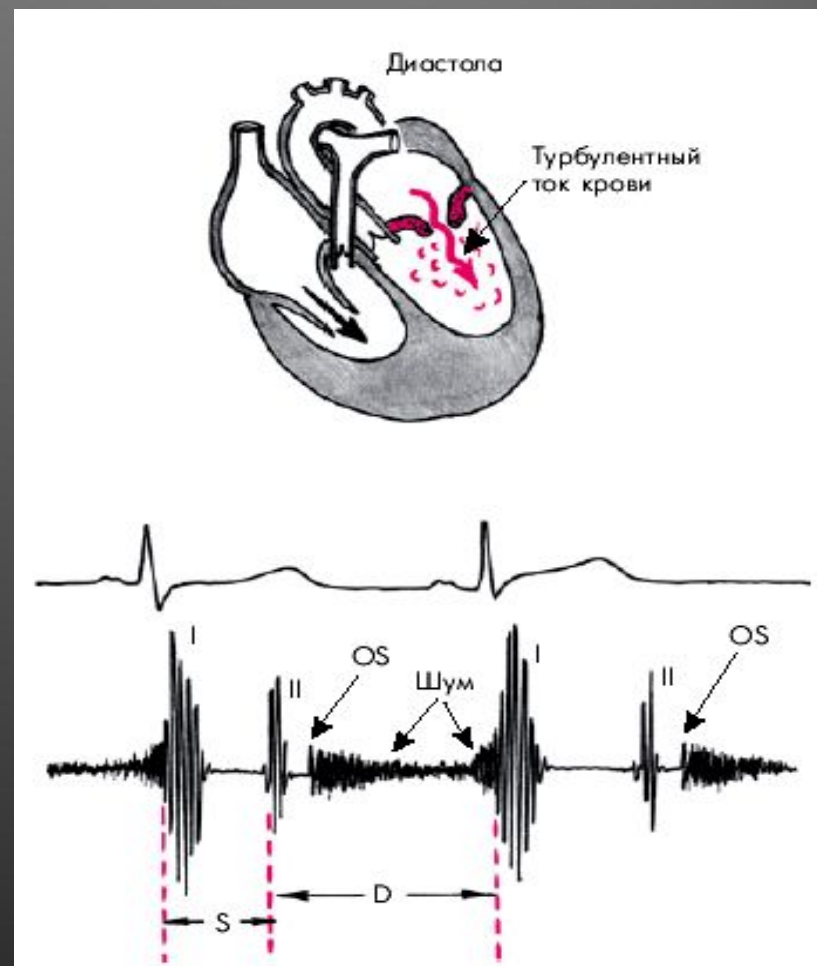
Жүрек перкуссиясы

- Жүрек перкуссиясы кезінде жүректің салыстырмалы шекаралары өзгереді, жүрек белі түзуленеді, сол жақ жүрекшенің гипертрофиясы салдарынан; ОҚ гипертрофиясы салдарынан оң жақ шекара оңға ығысады.



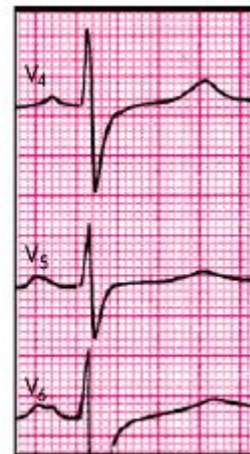
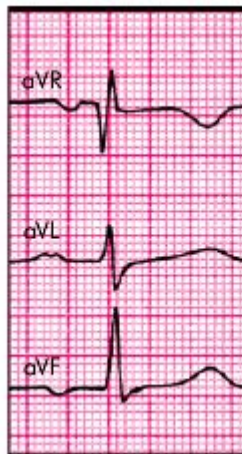
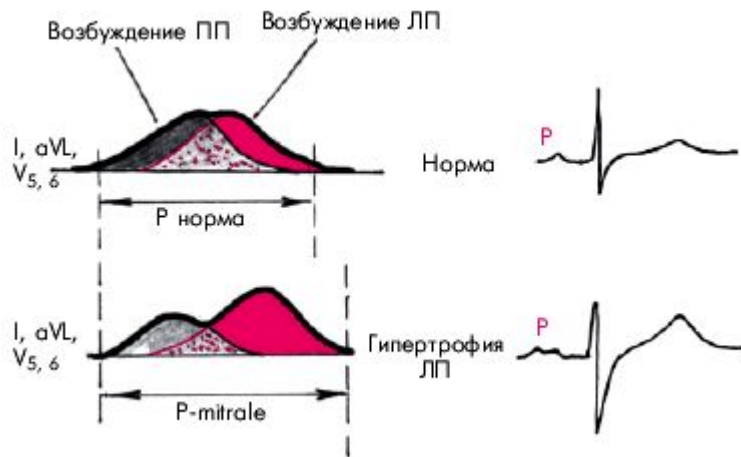
Жүрек аускультациясы

- 1 тонның қатаюы, шапалақ ұрған тәрізді;
 - Өкпе артериясында 2 тонның шашырауы, акценті;
 - Митральді қақпақшаның ашылуы тарсылы, кілтті бұраған сияқты.
 - Жүрек ұшында диастолалық шуыл;
-
- ФКГ(жүрек ұшында) – 1 тонның қатаюы, диастолалық шу, митральді қақпақшаның ашылуынан кейін пайда болады, біртіндеп сөнеді. СЖ систоласы кезіндегі қанның СҚ ағыуы пресистолалық шу.



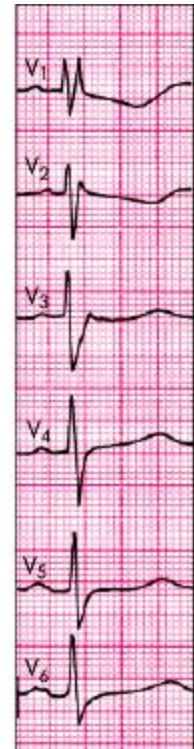
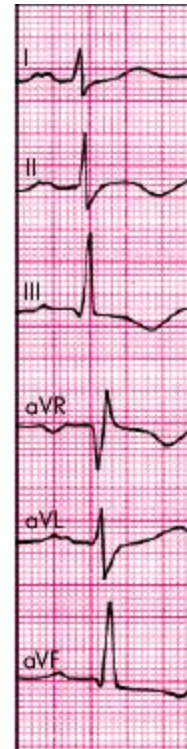
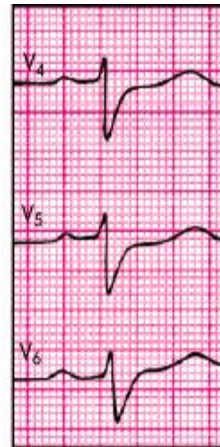
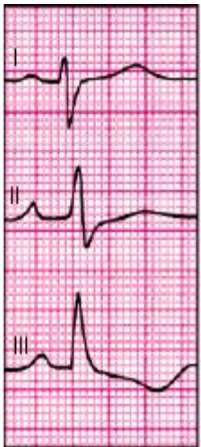
Аспаптық зерттеу.

ЭКГ- СЖ гипертрофиясы



Аспаптық зерттеу.

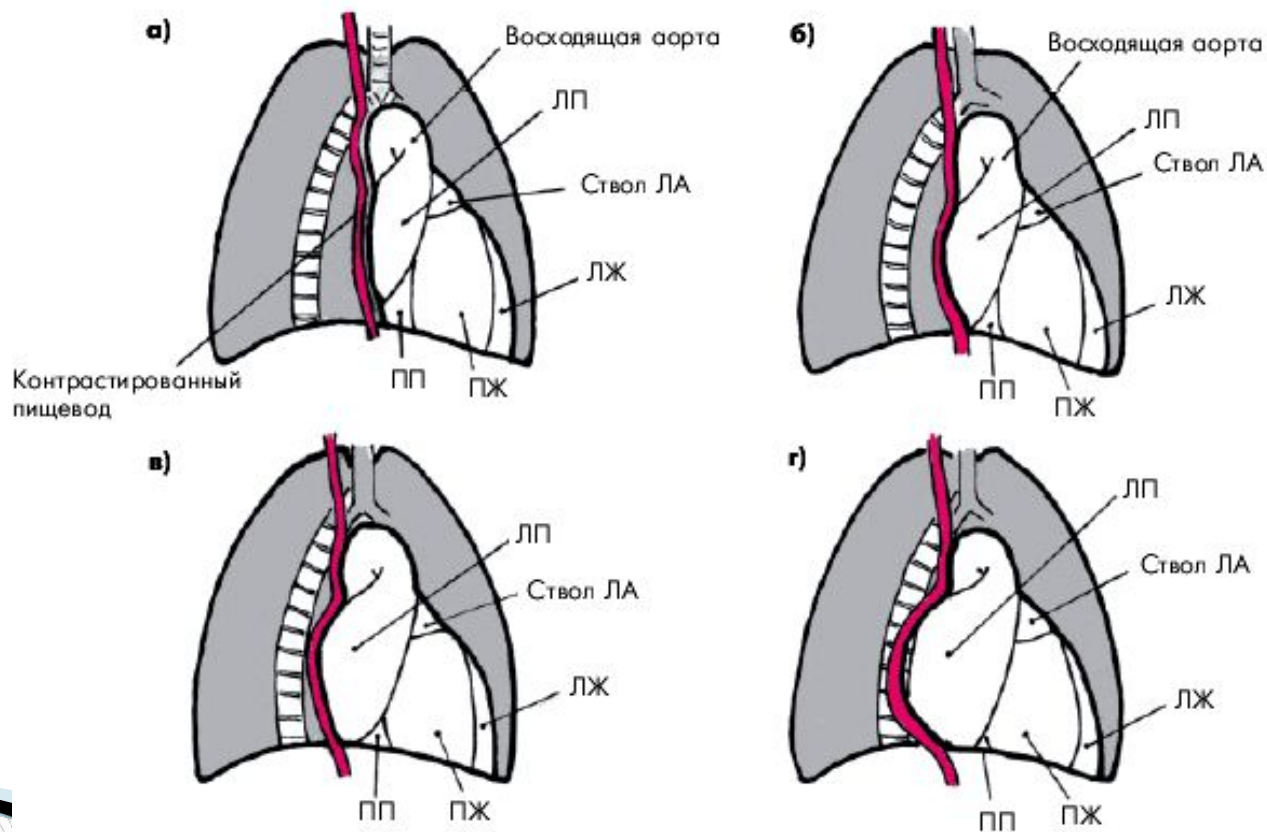
ЭКГ- СҚ гипертрофиясы.
rSR- түрдегі гипертрофия көрсетілген.



Аспаптық зерттеу.

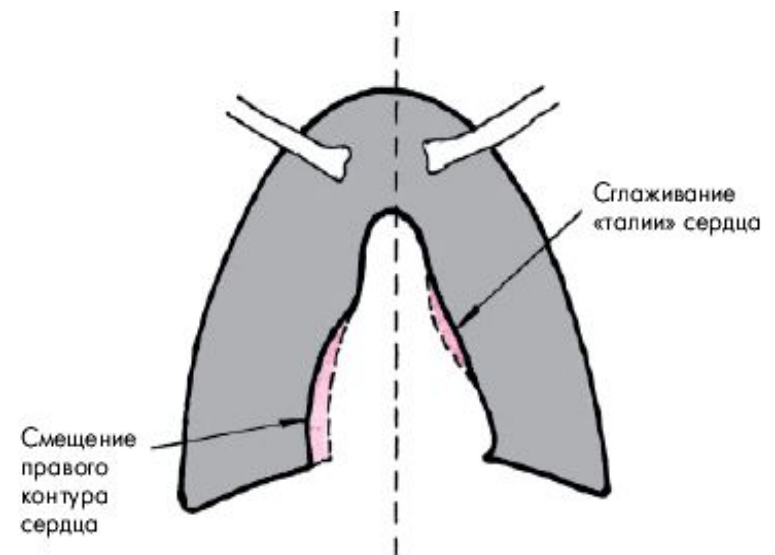
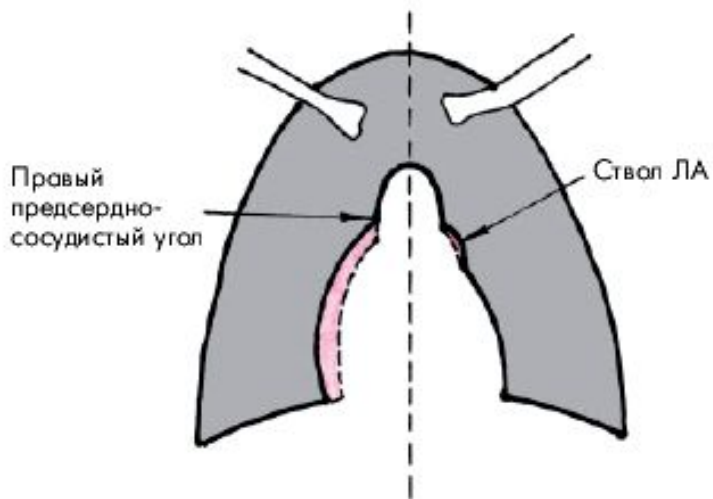
Рентген зерттеулері

- СЖ дилатациясы кезіндегі рентген зерттеулері, өңешті контраст арқылы зерттеген, оң жақ алдыңғы, қиғаш проекция. а) қалыпты б,в,г) 1,2,3 дәрежедегі СЖ дилатациясы, өңештің артқа ығысуы.



Аспаптық зерттеу.

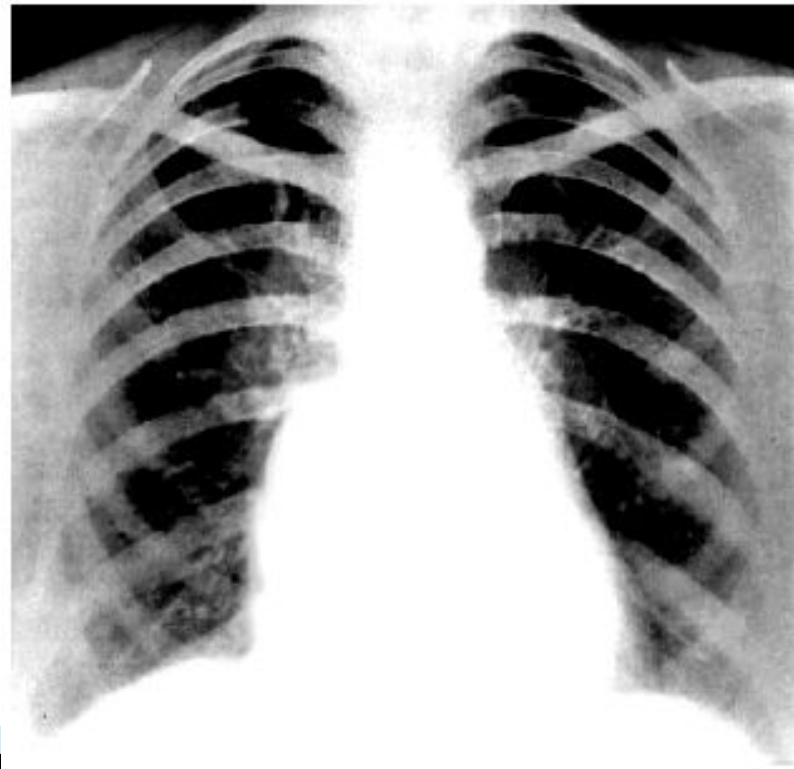
- ▣ Жүректің митральді конфигурациясы, белі түзелген. (оң жақта)
- ▣ СЖ гипертрофиясы және дилатациясы, сызбанұсқа түрінде (сол жақта)



Аспаптық зерттеу.

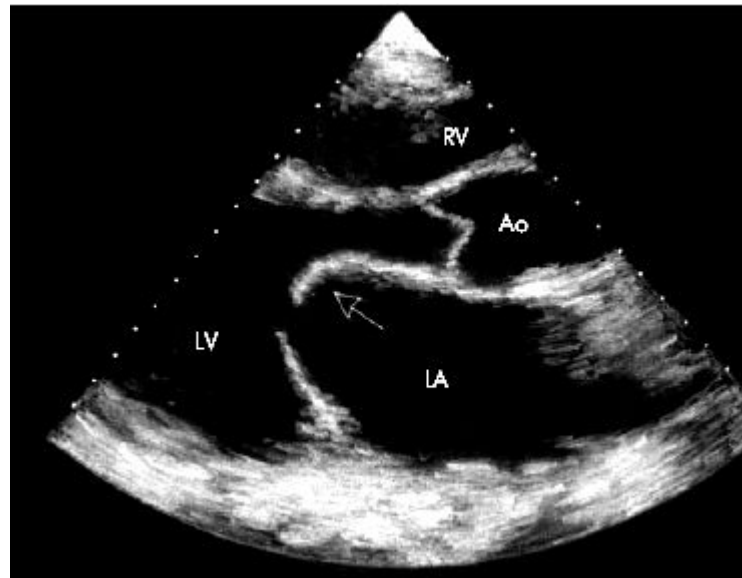
Рентген зерттеулері

- Рентген суретінде митральді стеноз кезіндегі жүрек, белі түзуленген, оң шекарасы оңға ығысқан.



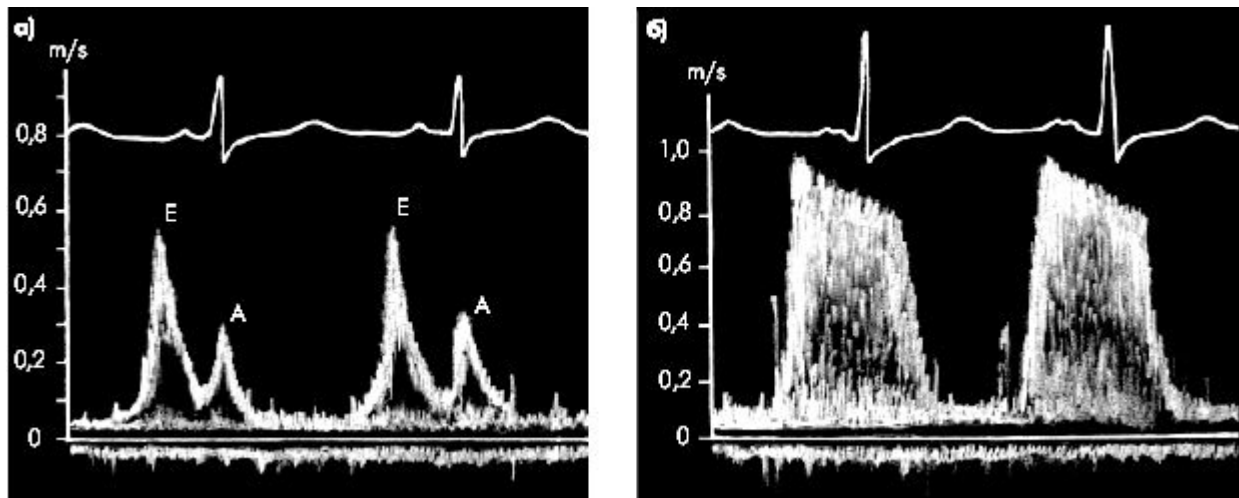
Аспаптық зерттеу. Эхокардиография.

- ▣ Эхокардиограммада. Жүрекшелер мен қарыншалар гипертрофиясы.



Аспаптық зерттеу.

Доплер-эхокардиография



- Доплерограмма. Трансмитральді қан ағысы. А-қ.ж. Б- митральді стеноз

Митральді қақпақшаның жетіспеушілігі

- ▣ - бұл, қарыншаның систоласы кезінде қақпақшаның толық жабылмауы, нәтижесінде СҚ дан СЖ ге қанның регургитациясы болады.



Этиология

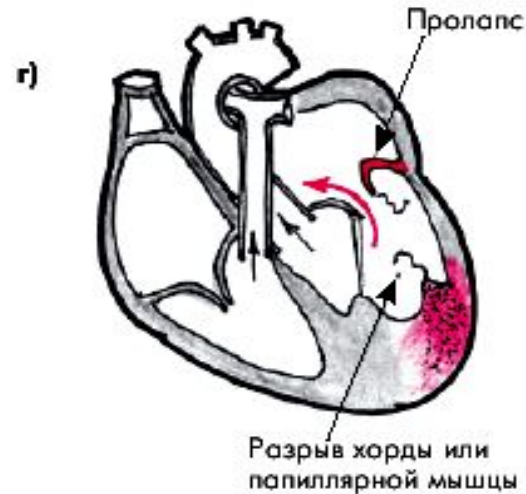
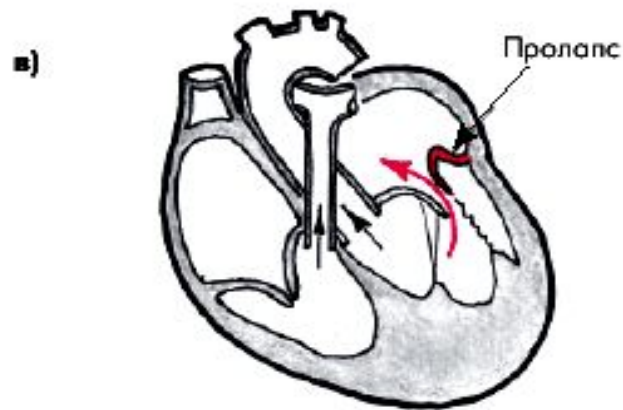
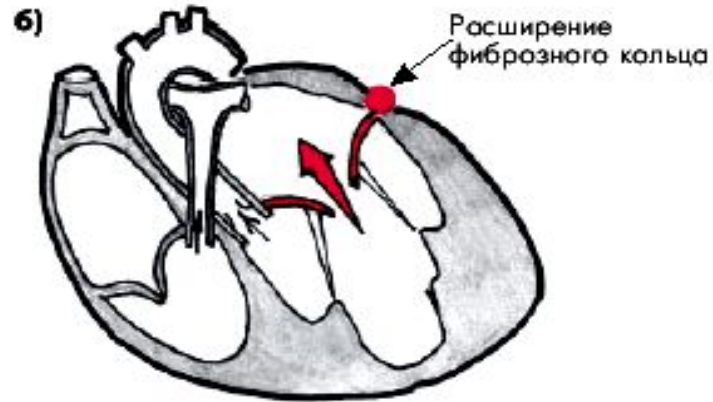
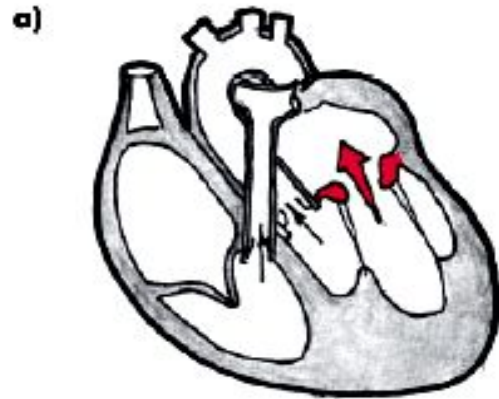
▣ Органикалық жетіспеушілі

- ▣ Ревматикалық эндокардит
- ▣ Инфекциялық эндокардит
- ▣ Атеросклероз (екі жармалық қақпақшаның фиброзы, кальцинозы)
- ▣ Дәнекер тіннің жүйелі аурулары

▣ Функциональді жетіспеушілігінде

- ▣ Артериялық гипертензия
- ▣ Аортальді ақау (митрализация)
- ▣ Дилатационды кардиомиопатия (ДКМП)
- ▣ ЖИА, инфарктан кейінгі кардиосклероз

сызбанұсқа. А- органикалық жетіспеушілік. Б,В,Г- функциональді жетіспеушілік



Гемодинамикадағы өзгерістер

- ▣ *СЖ, СҚ гипертрофиясы және дилатациясы*- СҚ систоласы кезінде қан тек аортаға ғана емес толық жабылмаған саңылау арқылы СЖ ге де ұмтылады. диастола кезінде СҚ ға артық қан көлемі келеді. Осының салдарынан СҚ және СЖ үнемі артық қан көлемі болады. Бұндай гемодинамикалық өзгеріс жүрек миокардының гипертрофиясына алып келеді, бұл кездегі гипертрофия табиғаты компенсаторлы механизм, яғни бірдей СҚ және СЖ камералары ұлғаяды.
- ▣ *Жүрек шығарылымының төмендеуі*- СҚ -дан аортаға шыққан қан көлемі азаяды, соның салдарынан шеткері, ішкі мүшелер перфузиясы бұзылады.
- ▣ *Өкпелік гипертензия*- митральді қақпақшаның айқын жетіспеушілігі кезінде, СЖ регургитацияның үлкен көлемде болуының салдарынан СЖ қысым көтеріледі, оған келетін өкпе артериясында қан толады, нәтижесінде кіші қан айналым шеңберінде қын іркіледі, өкпелік гипертензия дамиды.
- ▣ *Жүрекшелік жыпылықтар, дірілдер* байқалады.

Клиникалық көріністері

- Клиникалық белгілері митральді регургитация мөлшеріне, өкпелік гипертензияболу немес болмауына, СҚ функциональді жағдайына байланысты
- Егер, қақпақша жетіспеушілігі мардымсыз деңгейде ғана болса, жүректің компенсаторлы гипертрофиясы мен тоногенді дилатациясының нәтижесінде науқас өмірі бойы тек аз дискомфортты сезінуі мүмкін.
- Ал, айқын дәрежедегі жетіспеушілік болса, компенсаторлы механизм күші жеткіліксіз болады.

Науқастың шағымдары:

- ❖ Тез шаршағыштық;
- ❖ б/ет әлсіздігі;
- ❖ Жүрек қағысы;
- ❖ Аяқтағы ауырлық сезім;
- ❖ ентігу:;
- ❖ Оң қабырға астындағы ауырлық сезімі;
- ❖ Ісіну;
- ❖ Тыныс жеткіліксіздігі;
- ❖ Құрғақ жөтел, кейде қақырықта қан аралас болады.

Клиникалық көріністері

□ Қарап тексеру

- *Дене бітімі*: астеник, физикалық дамуы кешеуілдеген, әлсіз, нәзік (*habitus gracilis*). Көп жағдайда баланың дене бітімі ақау пайда болған кездегі жасына сәйкес қалып кетеді, де өз жасынан жас көрінеді, «физикалық инфантилизм» (А.С.Мясников).

Цианоз- перифериялық (acroцианоз), беттік.

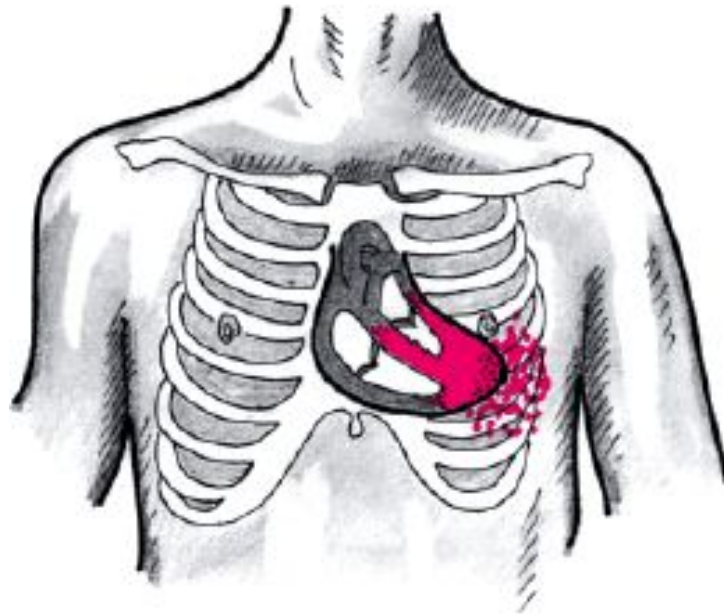
Ерні, құлақ ұшы, саусақтары, мұрын ұшы көгереді. Жиі жағдайда “*facies mitralis*», Яғни, ерні, мұрны, құлақ ұшы көк. “митральді көбелек”- яғни, бетінде көгілдір румянец пайда болады.

Ісіну- егер ОҚ жетіспеушілігі қосылса, үлкен қан айналым шеңберіндегі қан іркілісі нәтижесінде аяқта, белде, бетте ісіну болады.

Мәжбүрлі қалып- жартылай отырған кейіпте.

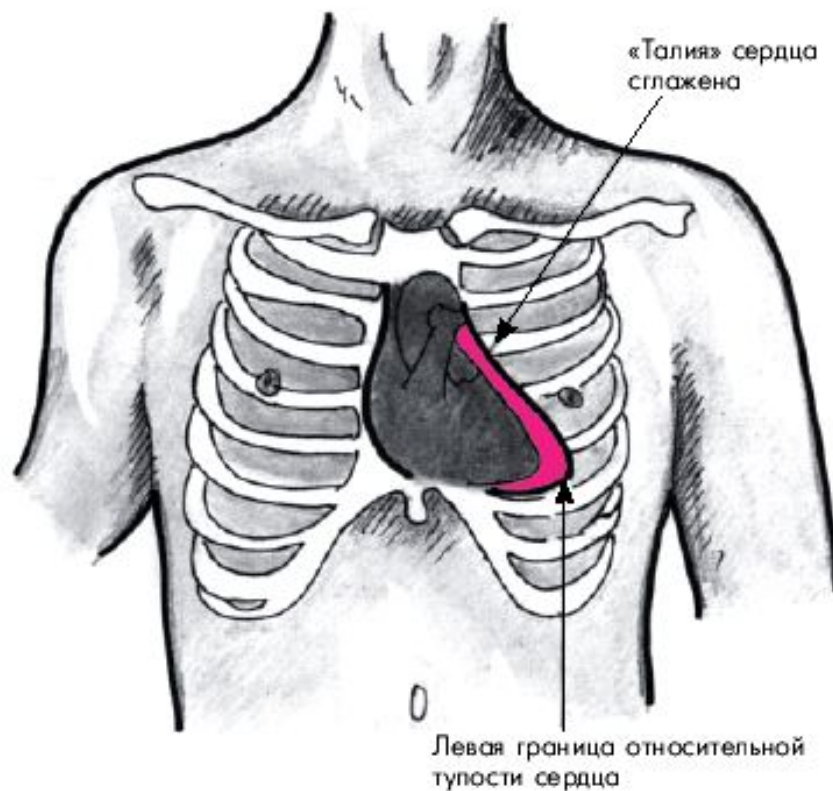
Жүрек пальпациясы

- Қатайған, солға ығысқан, жайылған жүрек ұшы түрткісі. Алдыңғы қолтықтасты сызық бойынша 6 қабырғааралыққа түсуы мүмкін.
- Эпигастральді пульсация
- Систоликалық діріл



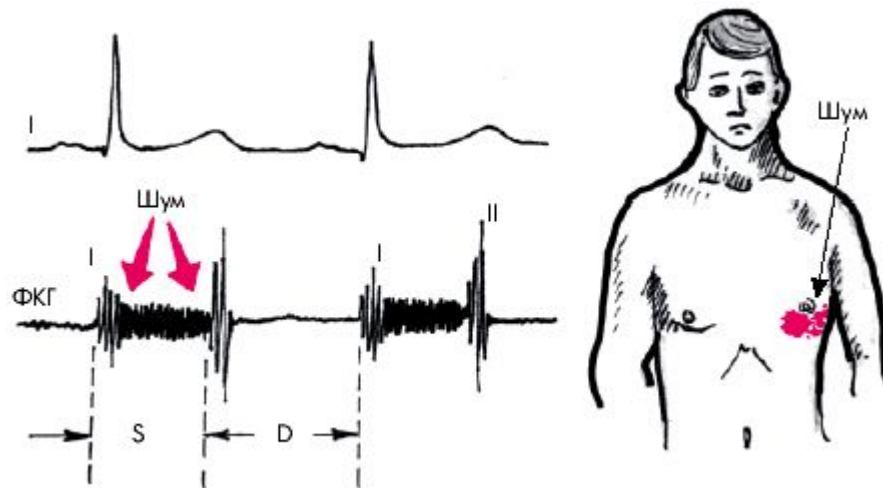
Перкуссия

- Митральді кофигурация (жүрек белі түзелген)
- Сол жақ шекарасы солға ығысқан
- Жоғарғы шекарасы жоғарыға ығысқан



Аускультация

- Жүрек ұшында 1 тонның әлсіреуі, кейде жоғалуы;
- Бастапқы сатыларында 2 тон өзгермейді, тек соңғы сатыларында өкпе артериясында 20 тон акценті анықталады.
- Патологиялық 3 тон- СҚ да қан көлемінің шамадан артық болуының нәтижесінде п.б, шығаберісте жақсы анықталады.
- Систолалық шу- СҚ дан СЖ ге қанның турбулентті ағысының нәтижесінде п.б. Егер, систолалық шу анықталмаса, органикалық жетіспеушілікке күмән туындамайды. Суретте систолалық шудың анықталатын орны көрсетілген.

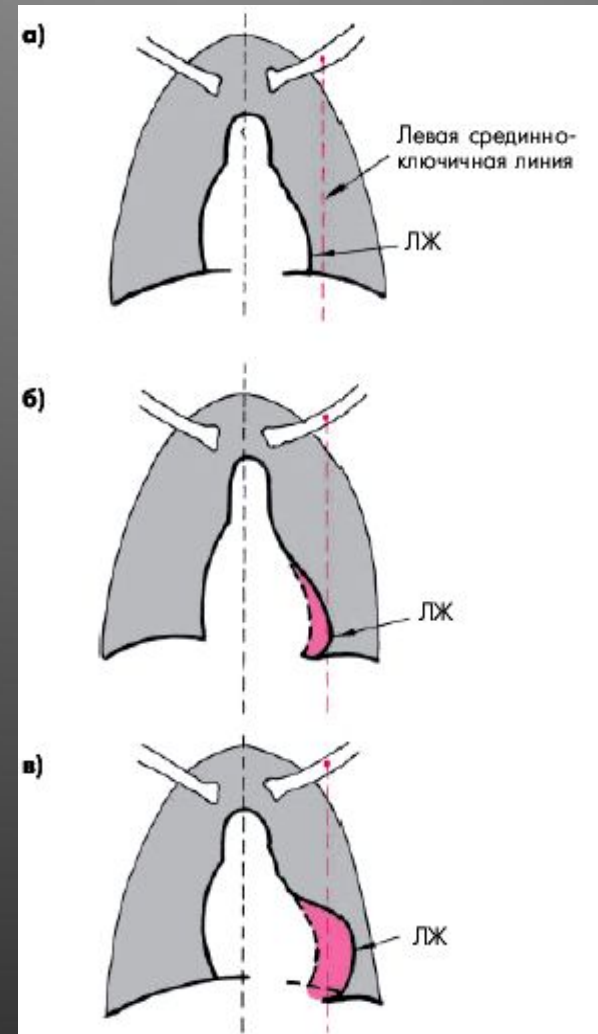


Функциональді мезодиастолалық шу (Кумбс шуы)- митральді қақпа жетіспеушілігіне бағынышты атриовентрикулярлы саңылау тарылуы негізінде дамиды. Бұл шу қысқа болады. Даму патогенезі: СҚ және СЖ дилатациясы бар кезде дамиды. СЖ систоласынан кейін, оның қанға толуы тез болу үшін, саңылау тарылады, СЖ және СҚ қанға қанық болады. Жүрек пішіні бойынша “құм сағатына” ұқсайды. Осы кезде систолалық шумен қоса қысқа мезодиастолалық шу дамиды.



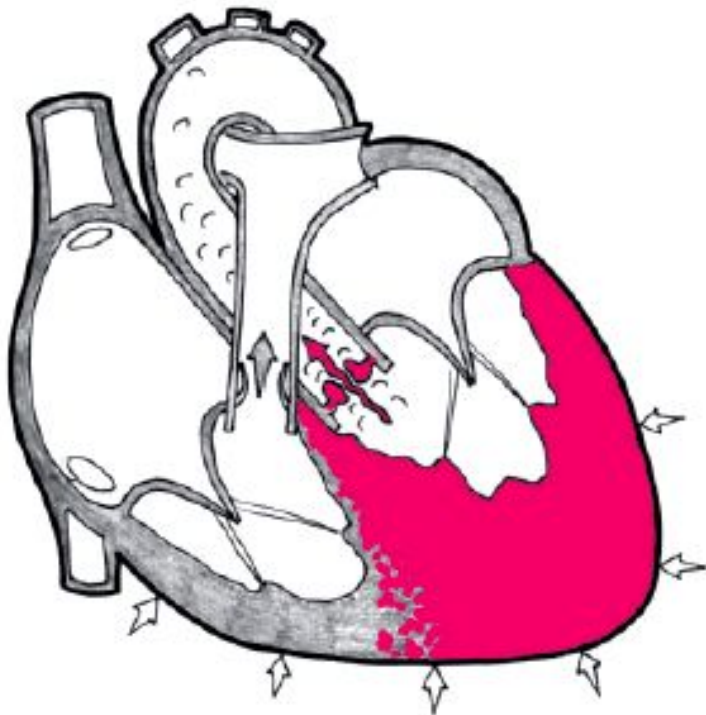
Аспаптық зерттеу

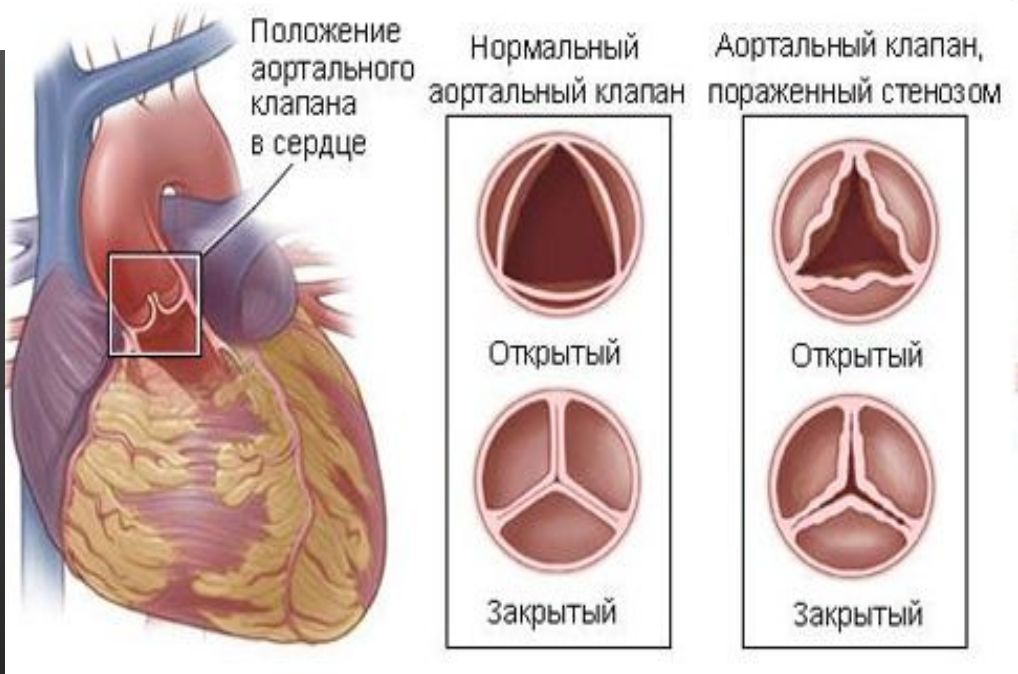
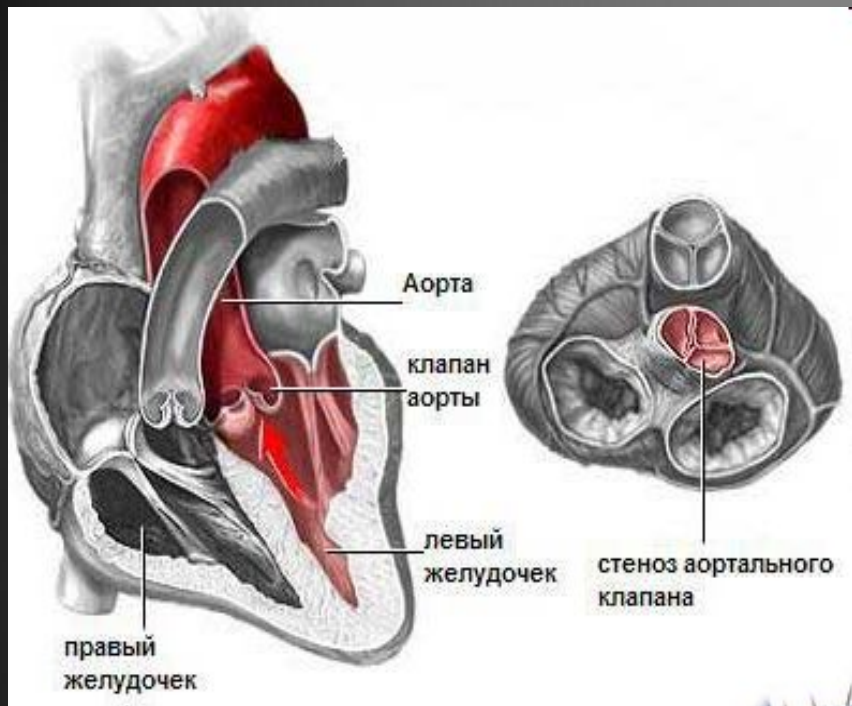
- ❑ Митральді қақпақшаның жетіспеушілігінің негізгі **эхокардиографиялық** белгілері:
 - ❖ Доплер-эхокардиографиялық- СҚ дан СЖге қанның регургитациясы, систолалық қан ағысы
 - ❖ Қарыншалардың систоласы кезіндегі митральді қақпақшаның қабырғаларының сепарациясы
 - ❖ СЖ гипертрофиясы, артқы қыбырғасының гиперкинезиясы
 - ❖ СҚ Гипертрофиясы және дилатациясы
-
- ❖ Рентген көріністері- сол жақ шекарасының, жоғарғы шекарасының жылжуы



Аорта сағасының тарылуы

- ▣ Көбіне қолқа қақпақшаларының жетіспеушілігінен кейін дамидын ревматикалық ақау. СҚ алып шығатын сағаның аорта қақпасының деңгейіндегі тарылуы. Нәтижесінде СҚ дан қан қиындықпен шығады, СҚ және Аортаның арасындағы қысым градиенті өзгереді.
- ❖ Үш түрлі аорта тарылуы бар:
 - қақпалық (туа біткен, жүре пайда болған)
 - қақпаүстілік ((туа біткен , жүре пайда болған)
 - қақпа астылық (туа біткен)





❖ **Этиологиясы**

қақпақшаның ревматикалық зақымдануы
инфекциялық эндокарди

аорта атеросклерозы

Гемодинамикадағы өзгерісі

СҚ концентрациялық өзгерісі- қолқа сағасының тарылуы және соның салдарынан қанның ағып кетуіндегі туындаған қиыншылықтар (үшінші тосқауыл) кесірінен СҚ және аорта арасындағы систолалық қысым градиенті 50 мм с.б.б децін көтеріледі. Нәтижесінде қарынша ішілік қысым және миокардішілік напряжение жоғарылайды, концентрациялық миокард гипертрофиясы дамиды. Бұл жағдайда қарынша қуысы үлкеймейді.

Диастолалық дисфункция – концентрациялық гипертрофия нәтижесінде пайда болады. Қарыншаның диастолалық толуының бұзылысы болады, СЖ қысым артады, жиырылуы артады, бұл компенсаторлы механизм. Егер, СЖ жыпылықтауы, фибриляция болса бұл механизм істен шығады да, науқастардың жағдайы нашарлайды. екінші жағынан СҚ диастолалық функция бұзылысы нәтижесінде, СЖ және кіші қан айналым шеңберінде қысым артады, қандай да бір жүктемелер әсерінен өкпеде іркілісіне алып келеді.

Фиксацияланған соққы көлемі- жүктеме кезінде шеткері және орталық қан жетіспеушілік дамиды, осыған себеп ретінде “үшінші тосқауылды ” атаса болады.

Тәждік қанайналым бұзылысы- аорталы стеноз кезінде жиі ерте дамиды. Келесі механизмдер нәтижесінде дамиды:

СҚ гипертрофиясы, б/ет массасының капиллярлардан артық болуы;

СҚ және аорта арасындағы қысым градиентінің өзгеруі;

СҚ гипертрофияланған миокардының әсерінен субэндоркардиальді тамырлардың қысылуы.

Осылардың салдарынан науқаста тәждік жетіспеушілік симптомдары көрініс табады.

Жүрек декомпенсациясы

Клиникалық көрінісі

□ Шағымдары

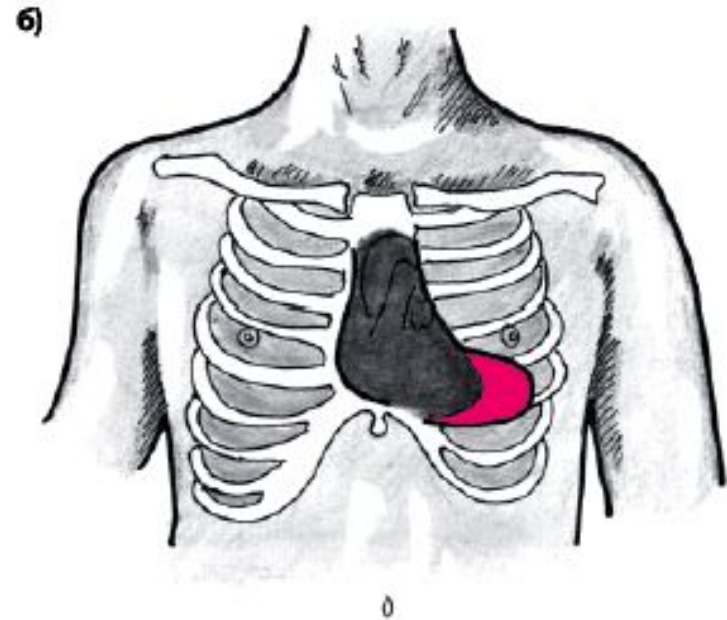
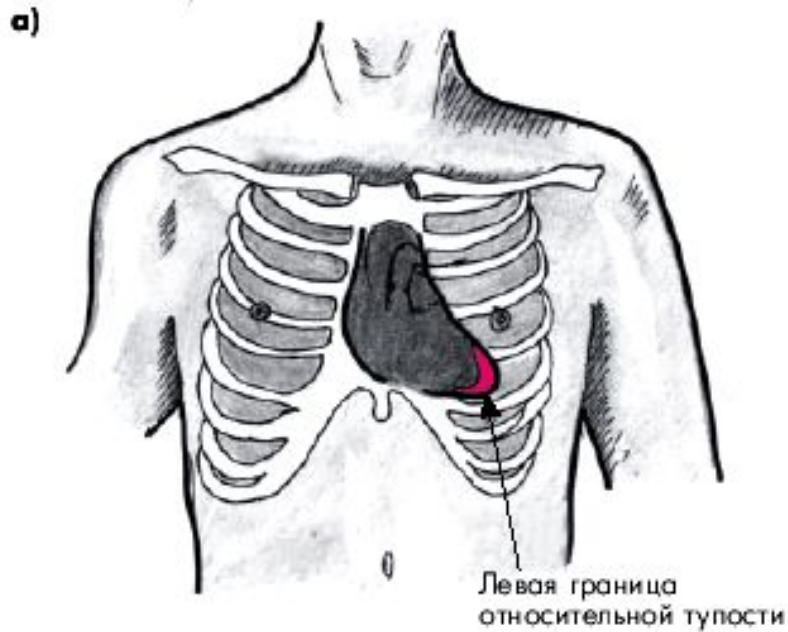
- Аорта сағасының тарылуы кезінде ұзақ уақыт симптомсыз өтеді
- Айқын тарылу кезінде:
 - 🌀 жүктеме кезінде, денесін бір жағдайдан келесі жағдайға қозғаған кезде басайналу, естен тану;
 - 🌀 Тез шаршағыштық, физикалық жүктеме кезінде әлсіздік;
 - 🌀 Стенокардия тәріздес ұстама;
 - 🌀 Ентігу;
 - 🌀 Тыныс тарылуы немесе жеткіліксіздігі (өкпе ісінуі, жүпек ұстамасы)
- 🌀 ОҚ жеткіліксіздік белгілері:
 - 🌀 Ісіну;
 - 🌀 Оң қабырға астындағы ауру сезімі

🌀 Қарап тексеру

- Аортальді бозару
- Акроцианоз- әдетте айқын емес;
- ісіну

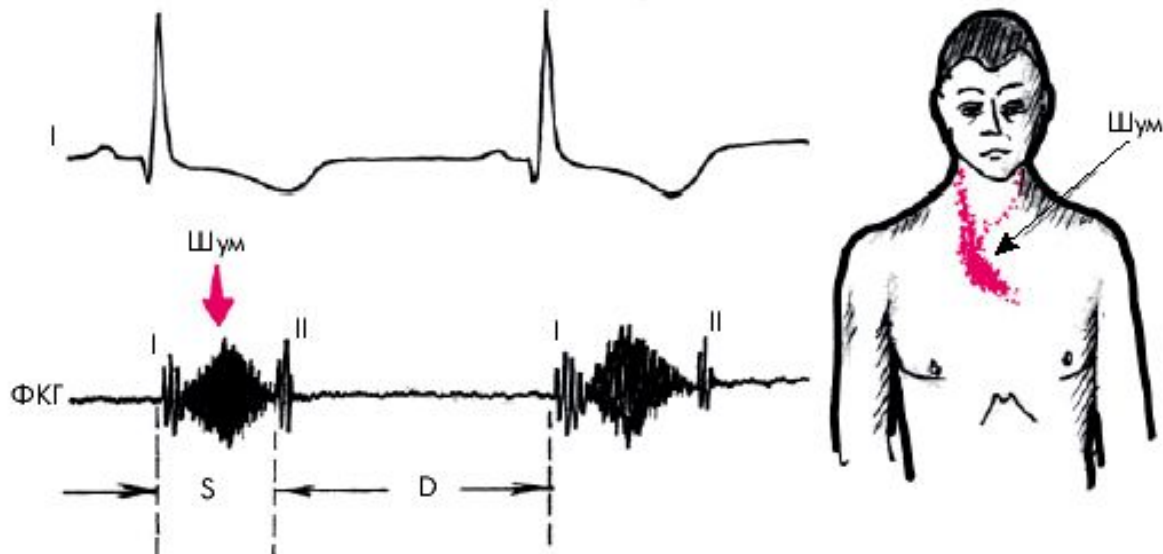
Пальпация, перкуссия

- Суретте аорталды стенозы бар науқастың жүрегiнiң салыстырмалы шекарасы, а- компенсация сатысы (СҚ дилатациясы айқын емес), б- декомпенсация сатысы (аортальді конфигурация)



Жүрек аускультациясы

- Жүрек ұшында- 1 тонның әлсіреуі. СҚ гипертрофиясының салдарынан изомирленген жиырылуының төмендеуі салдары.
- Аортадағы 2 тон қақпақшалық стеноз кезінде әлсіз болады.
- Патологиялық то- 4 патологиялық тон естіледі
- Систолалық шу- аорта стиенозының диагностикалық шуы. Суретте систола шуының естілу нүктелері берілген, оң жақтан екінші қабырғааралықта, төс сүйегінің маңында. Мойын тамырларына, аортаның көкіректегі проекциясына беріледі.



Аспаптық зерттеу

- ЭКГ: СҚ гипертрофиясы, систолаалық шамадан артық толуы (сол шығарылымда Т тісшесі теріс, RS-T депрессиясы)
- ГИС шоғырының толық ,кейде толық емес тосқауылы.

Рентген суреті

Жүрек белінің түзуленуі (аорталы конфигурация), стеноздан кейінгі аортаның кеңеюі

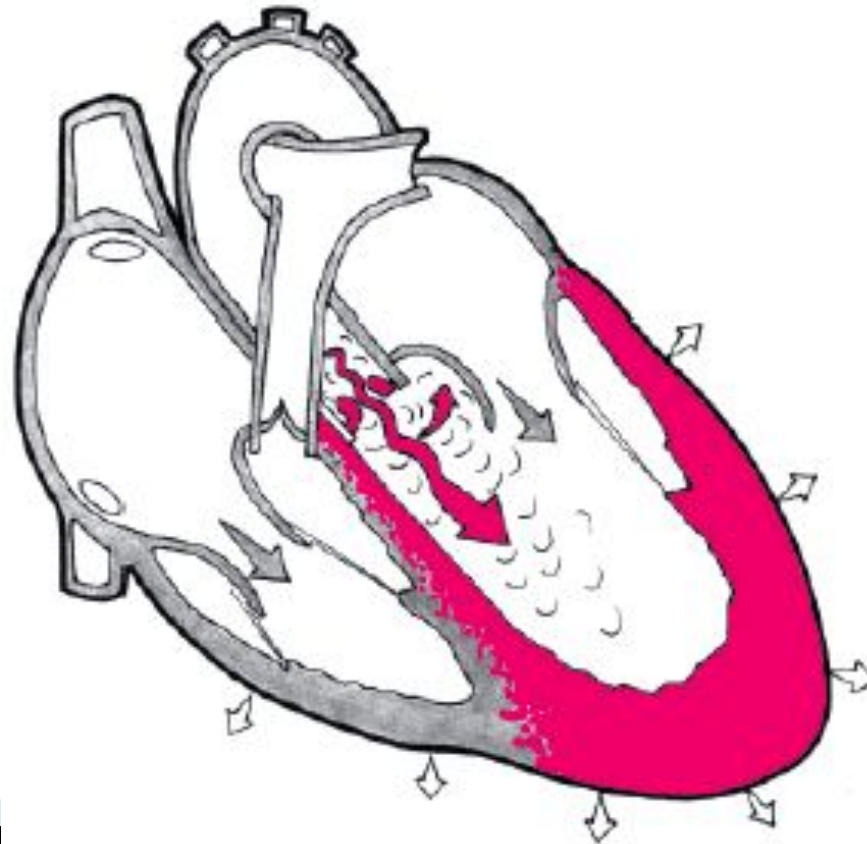


Жүрек катетеризациясы

- ▣ Аорта тарылуын дәрежесін анықтау үгін жүргізіледі.
- ▣ Мардымсыз- аорта саңылауы 1,3-2,0 см², қысым градиенті 30 мм сбб дейін
- ▣ Орташа-0,75-1,3 см², өысы градиенті 30-50 мм сбб;
- ▣ Айқын-0,75 см² дейін, 50 мм сбб астам.

Қолқа қақпақшасының жетіспеушілігі

- Қолқа қақпақшаларының толық жабылмауы. Нәтижесінде диастолалық қан ағысы СҚ қайта өтеді



Гемодинамикадағы өзгерістер

- Гемодинамикалық бұзылыс қолқа қақпақшалары жабылмайтыннан диастола кезінде қанның сол қарыншаға кері қайтуымен сипетталады, осыған байланысты онда гипертрофия орын алады. Щеткері тіндеоіг қан аз баралы.гипертрофияланған миокардқа тәждік тарымлар арқылы қан жетуі азаяды.

Клиникалық белгілері

- Қолқа қақпақшаларының жеткіліксіздік дәрежесіне байланысты. Негізгі белгісі төстің сол жақ қырында анықталады 2 тонмен тікелей байланысты құйылған су дыбысы тәріз протодиастолалық шу. Кейін қақпақшаар жетіспеушілігі үдеген уезде, жүректің шыншып ауырып, еңтігу шығады. Баланың түрі бозарып, өсу үрдісі кемиді. Осы кезде “”кардитті биі”. Систолалық қан қысымы жоғарылап, диастола қысымы төмендеуі, апилярлық пульс, Мюсси, Ландольфи симптомдары пайда болады.

Аспаптық зерттеу

- Жүрек сол жаққа кеңиді, оның ұшында серпілісі жайылып, жоғарылайды. Ұйқы және шап артериясы тұсында Дюрозе қос шуы, Траубе үш тоны естіледі. Ақау дер кезінде байқалмаса, ревматизм жиі қайталанып, жүрек жұмысы нашарлайды, стенокардия дамиды.
- ЭКГ да сол қарынша гипертрофиясы,
- ФКГ да 2 тонмен байланысты диастолалықшк. Рентгенде жүрек көлемі солға қарай ығысқан.
- Эхо-КГ да сол қарынша гипертрофиясы, дивстола қолқа қақпақшасы жармаларының бірінен-бірі айырылып кеткені, регургитация байқалады.

Емі

- ▣ *В.И.Макоткин б/ша жүре пайда болған жүрек ақауларының емінде келесі қағидалар ұсталынады:*
- ▣ Хирургиялық түзетулер (егер қарсы көрсеткіштер болмаса)
- ▣ Ревматизм, иныекциялық эндокардиттерді есдеу;
- ▣ Жүрек өткізгіштігін және ырғағының бұзылысын емдеу;
- ▣ Жүрек ішілік гемодинамиканың өзгерісіне және қақпалық ақаудың өзгешелігін ескере отырып жүрек жетіспеушілігн емдеу:
- ▣ Инотропты түрде жүректі стимулдау, жүрек шығарылым көлемін азайту(диуретиктер,);
- ▣ Жүректі гемодинамикалық жеңілдету (шеткері вазобасату);
- ▣ Жүректі миокардиальді жеңілдету (β -адреноблокаторы, антагонисты альдостерона и др.)
- ▣ Тромбоз және тромбоэмболиялардың алдын алу

Қолданылған әдебиеттер

1. *Бякин С.П.* Хирургическое лечение приобретенных пороков сердца, курс лекций: учеб. пособие для мед. вузов. — М.: Наука, 2006. — 131 с. с.
2. Маколкин В.М “приобретенные пороки сердца” М. Медицина 1999 г
3. Новиков В.И “методика эхокардиографии” СПбМАМО, 1994г
4. Г.Е Ройтберг, А.В Струтинский “внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система” .

**Назар аударғандарыңызға
Рахмет!!!**

